Lienau, Arnold

Psychosen als Initialsymptom der Encephalitis epidemica

Bergedorfer Buchdruckerei von Ed. Wagner
1929

Aus der
Psychiatrischen und Nervenklinik Rostock-Gehlsheim
Dir. Prof. Dr. Rosenfeld

Psychosen als Initialsymptom der Encephalitis epidemica

Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
einer Hohen medizinischen Fakultät der
Rostocker Universität

Vorgelegt von
ARNOLD LIENAU
Hamburg 1928

Referent: Prof. Dr. Rosenfeld

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Bei der Encephalitis epidemika pflegt auf dem Höhepunkt der Erkrankung das seelische Verhalten des Kranken stets gestört zu sein, sei es, daß es zu den bekannten lethargischen Stadien kommt, in denen die für die Erkrankung charakteristische Bewußtseinsstörung besteht, sei es, daß die Zustandsbilder auftreten, welche wir als symtomatische Psychosen bezeichnen, wie sie bei den verschiedenen Infektionskrankheiten im Beginn oder im weiteren Verlauf des fieberhaften Stadiums aufzutreten pflegen. Gemeint sind hier die typischen deliranten Erregungen bei getrübtem Bewußtsein, die gelegentlich auch mit choreatischer Unruhe und Zitterbewegungen sich kombinieren können.

Besondere diagnostische Schwierigkeiten werden aber dann entstehen können, wenn die encephalitische Erkrankung sich mit psychischen Störungen einleitet, welche sich nicht im Rahmen der symptomatischen Psychosen von der geschilderten Art halten und sich nicht als lethargische oder deliránte Zustände darstellen, sondern wenn Affektstörungen oder triebhafte Erregungen oder Depressionszustände die Erkrankung einleiten. Es kann in solchen Fällen, welche vielfach wegen ihres psychischen Verhaltens nicht genau körperlich untersucht werden können, vorkommen, daß das Vorliegen eines enzephalitischen Prozesses zunächst übersehen wird.

In der Literatur finden sich einige Mitteilungen über solche ungewöhnliche psychische Initialsymptome bei Encephalitis epidemika.

Stertz teilt die Krankengeschichte einer 27jähr. Frau mit, die kurz vor der Geburt auffallend erregt und ängstlich wurde. Drei Tage nach der Geburt stieß sie das Kind weg, schrie laut, sprach unverständlich und lief umher. Die Frau war von jeher

nervös und leicht erregbar, aber stets gesund. Im weiteren Verlauf trat eine sich steigernde Bewußtseinsstörung auf, dazu choreatische Erscheinungen und später das Parkinsonsymdrom, das die Psychose überdauerte.

Römer teilt folgenden Fall mit: Ein 21jähriger, stets gesunder Mann erkrankte ohne bekannte Ursache plötzlich an Schwindel, konnte sich auf nichts mehr besinnen, hatte zu nichts mehr Lust, mochte weder aufstehen noch essen. Es bestand eine deutliche Hemmung und leichte Verwirrtheit, geringe Temparatur und geringe Somnolenz, aber keine motorischen oder sensiblen Störungen. Pat. sah später undeutlich, manchmal doppelt. Ophtalmologisch kein Befund. Im weiteren Verlauf nahmen sämtliche Erscheinungen zu. Nach sechs Wochen erfolgte Besserung, ein auffallender Mangel an Initiative blieb zurück. Pat. blieb interesselos und stumpf.

Sarboe teilt in einer Statistik 23 Fälle mit, von denen sechs nur psychische Initialsymptome darboten.

Chasanin beschreibt vier Fälle im Alter von 19—42 Jahren, bei denen akut geistige Störungen vom Charakter einer Psychose auftraten. Bei zwei Fällen handelte es sich um ein manisches Zustandsbild mit psychisch-motorischer Erregung, Ideenflucht und gehobener Stimmung. Ein Fall zeigte das Bild einer gehemmten Depression mit Ansatz zu hypochondrischer Wahnbildung, dazu Desorientiertheit. Ein Fall wurde zunächst als Schizophrenie diagnostiziert; er begann mit einem katatoniformen Starrezustand, es folgte Erregung mit Verwirrtheit und Nahrungsverweigerung. Die gleichzeitig, bezw. im weiteren Verlauf auftretenden neurologischen Symptome ließen im Verein mit dem Liquorbefund die richtige Diagnose stellen.

Ueber 17 Encephalitisfälle, von denen 11 psychische Initialsymptome boten, berichtet Gockel. Die Pat. waren im Alter von 16—40 Jahren, sieben Fälle kamen ad exitum.

Opel beschreibt zwei Fälle, von denen einer zunächst als Hebephrenie diagnostiziert wurde. Schizo-

phrenie war in der Familie häufiger vorgekommen. Der weitere Verlauf zeigte jedoch, daß es sich um eine Encephalitis handelte.

Im folgenden werden drei Encephalitisfälle, deren eingehende Krankengeschichte am Schlusse folgt, mitgeteilt.

Es handelt sich bei Fall A um eine bis dahin stets gesunde, erblich nicht belastete Frau im Alter von 28 Jahren, welche früher nicht geistig gestört gewesen war. Sie wurde in ihrem psychischen Verhalten dadurch zum ersten Male auffällig, daß sie unruhig und unbeeinflußbar wurde, sich in ihren Redensarten dauernd wiederholte und in jeder Beziehung etwas langsam wurde. Nach zehn Tagen setzte ein Erregungszustand ein, der durch große Angst und Schreckhaftigkeit der Frau gekennzeichnet war. Nur mit Mühe war die Pat. im Bett zu halten. Erst nach vierzehntägiger Dauer entwickelte sich ein Zustandsbild, welches durch auftretende Schlafsucht den Verdacht auf eine Encephalitis epidemica als Ursache des Leidens lenkte. Erst ganz zum Schluß wurde durch das Auftreten von Fieber und neurologischen Symptomen, vor allem der aufgehobenen Pupillenreaktion, die Diagnose erhärtet. Die histologische Untersuchung ergab einwandfrei das Vorhandensein encephalitischer Herde im Hirnstamm.

Es handelt sich bei Fall B um eine erblich nicht belastete Frau im mittleren Lebensalter, welche Geisteskrankheiten nicht gehabt hatte und seit einigen Wochen über zunehmenden Kopfschmerz und Mattigkeit klagte. Die Frau war während dieser Zeit im Haushalt durch Festlichkeiten stark in Anspruch genommen. Als diese vorüber waren, riet ihr der Arzt, welchen sie wegen ihrer Beschwerden aufsuchte, dringend, nunmehr auszuspannen. An eine ernstere Ursache der Beschwerden dachte man nicht, führte sie vielmehr auf den körperlichen Schwächezustand zurück. Allmählich wurde die Frau etwas gehemmt und wortkarg, außerdem fiel auf, daß die Frau bei jeder Gelegenheit weinte und oft ohne jeden Anlaß, sodaß man zunächst den Eindruck hatte, eine depressive Verstimmung vor sich zu haben. Erst nach einigen weiteren Tagen gesellten sich neben zu-

nehmenden Kopfschmerzen Steifigkeit der Glieder zu den Beschwerden, die die Untersuchung erschwerte. Merkwürdig waren Anfälle von regelrechtem Zwangsweinen, die sich in Abständen von Minuten in regelmäßiger Weise wiederholten und abwechselnd mit einem eigenartigen Starrezustand des Gesichts eintraten, außerdem ließ die Frau alles unter sich. Die Gesamtheit der nunmehr vorhandenen Symptome erlaubte es jetzt mit Gewißheit, die Diagnose auf Encephalitis epidemica zu stellen. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Bei Fall H. handelt es sich um einen Mann im mittleren Lebensalter, in dessen Familie Geisteskrankheiten nicht beobachtet waren, der auch selbst nie geisteskrank gewesen war. Der Mann machte eine Erkältung durch, nach welcher ein eigenartiges Schlappheitsgefühl zurückblieb. Erst nach einem Monat konnte er seinen Dienst wieder aufnehmen. Seinerzeit erhielt er ein Strafmandat wegen Nachlässigkeit im Dienst. Kurz darauf erkrankte er erneut mit hohem Fieber, er war äußerst erregt, redete verwirrt und verwechselte Personen. Nach etwa dreiwöchentlicher Krankheitsdauer wurde er zunehmend depressiv, er äußerte Versündigungsideen, hörte Stimmen, die ihm Vorwürfe machten und sprach wiederholt von Selbstmordgedanken. Die depressive Verstimmung hielt weiterhin an und machte nach einem Monat einer zunehmenden Apathie und Interesselosigkeit Platz. Er starrte vor sich hin und machte häufig den Eindruck, als lausche er auf Stimmen. Wegen der Geistesstörung wurde er der Klinik überwiesen. Der neurologische Befund lenkte den Verdacht bald auf eine Encephalitis. Die weiteren Beobachtungen bestätigten diese Annahme.

Man wird die Frage aufwerfen können, welche Faktoren wohl, seien sie exogener oder endogener Natur, das Zustandekommen einer Psychose als Initialsymptom einer Encephalitis bedingen oder veranlassen können. Sicherlich spielt hier, wie bei allen symptomatischen Psychosen, die Konstitution eine gewisse Rolle. Schon Bonhoefer hat in seinen Ausführungen über symptomatische Psychosen und Intoxikationspsychosen auf die Rolle des konstitutio-

nellen Moments hingewiesen. Die Berücksichtigung dieser soll es verständlich machen, warum Psychopathen und Frauen besonders häufig zu symptomatischen Psychosen neigen. Als Beweis dafür kommen psychotische Störungen in Betracht, die sich im Verlauf erneuter körperlicher Grundkrankheit in gleicher oder ähnlicher Weise wiederholen. Eine Fülle von Beobachtungen dieser Art liegen vor.

Auf die spezielle Art der Psychose haben vielleicht persönliche Eigenschaften des Kranken einen gewissen Einfluß. Daß Pessimisten mehr zu depressiven, Optimisten mehr zu euphorischen Krankheitsbildern neigen, wird von verschiedenen Seiten angegeben.

Nicht ganz außer acht zu lassen ist die psychopathische Konstitution. Bei der Schwierigkeit, auf die wir bei der Aufnahme der hierfür nötigen genauen Anamnese stoßen, da wir eine gute Selbstbeobachtung nur bei wenigen Patienten, bezw. bei deren Umgebung voraussetzen dürfen, ist es natürlich meist schwer, zu entscheiden, ob die Symptome der Psychose durch die jeweiligen psychopathischen Eigenschaften bestimmt werden. Die Seltenheit der Encephalitispsychose läßt ein abschließendes Urteil hierüber nicht zu.

Ob die Heredität bei der zu Beginn der Encephalitis auftretenden Psychose irgend eine Rolle spielt, ist nicht zu entscheiden.

Zweifellos in gewisser Abhängigkeit steht das Auftreten der Encephalitispsychose vom Alter des Patienten; das mittlere Lebensalter wird bevorzugt. Wenn auch die Encephalitispsychose in diesem Alter am häufigsten auftritt, so sind trotzdem die mit psychischen Störungen beginnenden Fälle verhältnismäßig häufiger als in andern Lebensaltern. Anscheinend wird das weibliche Geschlecht bevorzugt. Im Kindesalter unter dem Bild einer Psychose aufgetretene Encephalitisfälle scheinen seltener zu sein. Auch das höhere Alter ist frei von dieser Form; psychische Störungen als Begleitsymptome dagegen sind ungemein häufig. Begünstigt wird ihr Auftreten wahrscheinlich durch die meist bestehende Arteriosclerose; in seltenen Fällen kann vielleicht, wie Sterling vermutet, die

Encephalitis epidemica zum Ausbruch einer bis dahin latenten oder rudimentären senilen Psychose führen.

Sicherlich beeinflußt wird der Verlauf der Encephalitis vom Charakter der Epidemie. Schon im 17. Jahrhundert finden wir Influenzaepidemien beschrieben, in deren Gefolge auffallend häufig nervöse Störungen auftraten. Wenn Sydenham damals von einem „febris comatosa" schreibt, dürfen wir sicher einen Teil der Fälle auf die Encephalitis epidemica beziehen. Bei anderen Epidemien finden wir nichts derartiges erwähnt. In jüngster Zeit sind auffallend viele Fälle mit psychischen Initialsymptomen aus den Jahren 1919 und 1921 bekannt. Die Fälle sind so zahlreich, daß sie sich mit der damaligen Häufigkeit des Vorkommens der Encephalitis epidemica überhaupt nicht erklären lassen.

Es gilt weiterhin zu untersuchen, ob die im Beginn auftretenden psychischen Störungen in irgend einer bestimmten Beziehung zu den neurologischen Erscheinungen stehen. Sarboe hat bei 23 Encephalitisfällen sechs mit nur psychischen Initialsymptomen gesehen. Bei 13 fehlten sie vollkommen. In den meisten Fällen treten neurologische Symptome sehr bald hinzu, nur in seltenen Fällen vermissen wir sie vollkommen. Eine Beziehung zwischen neurologischen und psychischen Symptomen scheint, wie Meyer meint, nicht zu bestehen. Sie treten vollkommen selbständig auf. Zu Beginn überwiegen die psychischen Störungen häufiger als im weiteren Verlauf der Erkrankung, der fast stets stärker ausgeprägte neurologische Erscheinungen bringt. Führt eine auf Encephalitis verdächtige Psychose foudroyant zum Tode, oder fehlen neurologische Symptome im ganzen Verlauf, wie in den oben mitgeteilten Fällen, so wird erst die Sektion eine Encephalitis als Ursache aufdecken können.

In 65 % treten nach Grünewald als Initialsymptome Augenmuskelstörungen, Pupillenstörungen, Nystagmus und Ptosis auf. Treten psychische Störungen mit Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, psychomotorische Unruhe und Korsacow-ähnliche Bilder im Beginn auf und fehlen sämtliche neu-

rologische Symptome, können sich der Diagnose erhebliche Schwierigkeiten entgegenstellen. Gelegentlich sind stuporähnliche und depressive Zustandsbilder zur Beobachtung gekommen. Nur selten sind die psychischen Erscheinungen von längerer Dauer, sie leiten die Krankheit nur ein. Sehr bald schließen sich die hyper- und akinetischen Zustände an, die dann weiterhin das Bild beherrschen. In etwa zwei Dritteln der Fälle tritt Lethargie ein, die für den Kranken nach den vorhergehenden Reizzuständen wie eine Erlösung wirkt. Charakteristisch und differential-diagnostisch z. B. gegenüber der Schizophrenie wichtig ist der Umstand, daß die Kranken trotz ihrer Schwerbesinnlichkeit, Lethargie, Desorientiertheit doch ihre natürliche Einstellung der Umwelt gegenüber zeigen und auf energisches Zureden meist verständig reagieren. Auffallend ist weiterhin der Mangel an Initiative und Aktivität, Symptome, die sich oft bis spät in die Reconvalascenz erhalten. Recht häufig machen sich manische Züge geltend. Nach Stertz ein Symptom, daß man unter Bezugnahme auf die psychischen Störungen bei andern Infektions- und Intoxikationskrankheiten in so geringer Zahl der Fälle auf das konstitutionelle Moment zurückführen kann, daß man neben Delirien grade manische Zustände als charakteristisches Symptom der Encephalitis epidemica auffassen kann. Eine Einteilung hat Runge vorgenommen. Er unterscheidet drei Haupttypen:

1. Fälle mit einfacher Apathie, Stumpfheit und Mangel an Initiative,

2. Fälle mit leicht euphorischer Stimmungslage, Rededrang, Umständlichkeit, Weitschweifigkeit, Herabsetzung der Merkfähigkeit und Konzentrationsfähigkeit,

3. Delirante Störungen in Form des Beschäftigungsdelirs, Bewußtseinstrübung, optisch-taktilen und Gefühlshaluzinationen bei Zurücktreten anderer Sinnesstörungen, leicht euphorische Stimmungslage und Mangel an jeglicher Affektstörung.

Die mannigfachen soeben angeführten Symptome

sind meist in so verschiedener Weise kombiniert, daß man eine typische Encephalitispsychose nicht aufstellen kann.

Es erhebt sich die Frage, wie wir das Auftreten so verschiedenartiger typischer Zustandsbilder erklären können. Oben haben wir bereits auf die Wichtigkeit des konstitutionellen Moments und einiger anderer Symptome zum Zustandekommen einer symptomatischen Psychose hingewiesen. Ihr Einfluß reicht jedoch nicht im entferntesten aus, alle derartigen Psychosen zu erklären. So deuten dürfen wir nur die Fälle, bei denen die Psychose weniger durch den encephalitischen Krankheitsprozeß als solchen bedingt wird, als durch die Schwere der Infektion, der Virulenz der Erreger und den sie begleitenden Allgemeinveränderungen und den Folgen dieser auf die gesamten nervösen und vegetativen, vielleicht auch endokrinen Funktionen. Welche Ursachen letzten Endes die symptomatischen Psychosen und Fieberdelirien haben, ist noch nicht so geklärt, daß sich darüber genauer urteilen ließe. Es ist sehr wahrscheinlich, daß es bei der Entstehung der psychischen Veränderungen auch auf die Lokalisation des Krankheitsprozesses ankommt. Bei allen Fortschritten in der Lokalisationslehre ist es aber noch nicht möglich, zu bestimmen, wo diese Störungen sitzen müssen, um das Auftreten von symptomatischen Psychosen zu veranlassen.

In den beiden oben mitgeteilten Fällen sind encephalitische Krankheitsherde gefunden worden; wir werden dieselben für einen Teil der psychischen Erscheinungen verantwortlich machen können, z. B. für das Zwangsweinen in Fall B. Die Fälle lehren, wie leicht ein im Beginn noch wenig ausgebildeter encephalitischer Prozeß übersehen werden kann und man kann vermuten, daß manche Fälle für atypische endogene Psychosen gehalten werden, denen eine Encephalitis zu Grunde liegt.

Vorläufig ist es nicht möglich, von einer typischen Encephalitispsychose zu sprechen. Wie man zur Diagnosenstellung einer echten Korsacow'schen Psychose polyneuritische Erscheinungen verlangt, so wird man gut tun, zur Bestätigung der Diagnose

einer Encephalitis epidemica sorgfältig nach neurologischen Symptomen zu suchen. In manchen Fällen müssen wir der Sektion die Entscheidung überlassen.

Da die Encephalitis epidemica keine so überaus seltene Erkrankung darstellt, müssen wir mit der Möglichkeit rechnen, daß sie auch gelegentlich Personen befällt, die schon vorher mehr oder weniger geistesgestört waren. Dann ist es noch schwieriger und oft unmöglich, zu entscheiden, welche Symptome endogen, welche exogen bedingt sind. Die symptomatische Psychose kann, bevor sie den für die charakteristischen Symptomenkomplex erzeugt, zunächst andere psychischeZustandsbilder vorausschicken. Auch der erste Fall verlief zunächst unter dem Bilde einer funktionellen Psychose. Anhaltspunkte für die Encephalitis epidemica fehlten vollkommen. Erst im weiteren Verlauf erregte die zunehmende Verschlechterung des Allgemeinbefindens zusammen mit der auftretenden Schlafsucht den Verdacht auf eine Encephalitis.

Die Initialsymptome können manisch-depressive Züge aufweisen; ohne das Auftreten neurologischer Symptome ist die Diagnose schwer. Noch schwieriger gestaltet sich die Differentialdiagnose gegenüber den katatonen Formen der Dementia praecox. Einen derartigen von Chasanin mitgeteilten Fall erwähnten wir bereits. Eine unter dem typischen Bilde der Dementic praecox verlaufene Encephalitis epidemica dürfte zwar selten sein, aber die Psychosen können einige katatone Züge tragen, welche uns nicht irreführen dürfen. Nach Stertz schimmert selbst in den schwersten Stadien der Encephalitis eine erhaltene Persönlichkeit hindurch, die gewissermaßen gegen die sich in tieferen Regionen abspielenden Krankheitsvorgänge kämpft. Einem dumpfen Krankheitsgefühl bei Dementia praecox steht hier meist eine Krankheitseinsicht gegenüber; selbst von den gedanklichen Entgleisungen hat man oft den Eindruck des Geschehens wider Willen und dadurch bedingter peinlicher Gefühle. Weiter sind es der oft benommene Eindruck, den die Patienten machen, zeitweilige Schwerbesinnlichkeit und subjektive Beschwerden, die auf eine Encephalitis hindeuten und eine Katatonie unwahrscheinlich machen.

Zuweilen kommt die Abgrenzung der psychischen Veränderungen von hysterischen Zustandsbildern in Frage. Die fehlende psychische Krankheitsursache, die wenig zielbewußten meist fehlenden Affektsentladungen, sowie die geringe subjektive Beeinflußbarkeit werden gegen eine hysterische Erkrankung sprechen. Recht schwierig kann die Differentialdiagnose gegenüber andern symptomatischen Psychosen werden, wie sie zu Beginn von Infektionskrankheiten, im Puerperium, bei schweren Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen, nach einem Trauma und im Verlauf von Nervenkrankheiten auftreten. Meist wird nur eine sorgfältige körperliche Untersuchung den Fall klarstellen. Bei jeder unklaren Psychose hat man an Lues cerebri oder an beginnende Paralyse zu denken.

Auch die Differentialdiagnose gegenüber einem akuten alkoholischen Delirium macht Schwierigkeiten. Derartige Bilder, selbst Korsakow-ähnliche Bilder, sind wiederholt zu Beginn der Encephalits epidemica beobachtet worden. Meist wird die Anamnese Aufschluß geben. Es kann auch ein Trinker von einer Encephalitis befallen werden.

„Differenzen der verschiedenen organischen Psychosen" schreibt B o n h ö f e r, „bei akuten Infektionen und inneren Erkrankungen bestehen nicht, sie lassen sich nur insofern nachweisen, als einige Infektionen leichter und öfter zu Psychosen führen als andere. Der Mannigfaltigkeit der Grundkrankheiten steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber. Infektionskrankheiten, zur Erschöpfung führende somatische Erkrankungen, Autointoxikationen, von den verschiedensten Organen ausgehend, zeitigen im wesentlichen übereinstimmende psychische Störungen. Ja, man wird den Kreis noch weiter ziehen müssen: auch schweres Hirntrauma, Strangulationshyperaemien, chronische Intoxikationen können übereinstimmende akute Bilder hervorrufen. Wir stehen also typischen exogenen Reaktionstypen gegenüber, die von der speziellen Art der Schädigung verhältnismäßig unabhängig sind. Es sind Delirien, epileptiforme Erregungen, Dämmerzustände, Halluzinosen, Amentiabilder, bald halluzinatorischen, bald katatonischen, inkohärenten

Charakters. Ueberall beeinflussen endogene Faktoren die Symptomgruppierung und das Krankheitsbild. Soweit muß auch mit einer gewissen Variabilität der exogenen psychischen Reaktionsformen gerechnet werden; diese exogenen Reaktionstypen heben sich aber immer wieder scharf heraus. Bei der Verlaufsform hat sich der Einfluß des Alters und der Schwere der toxischen Schädigung als von Bedeutung herausgestellt."

Auf anderem Standpunkt steht Kraepelin. Er ist der Ansicht, daß es in absehbarer Zeit gelingen werde, bei zunehmend verfeinerter Beobachtung und Untersuchung aus dem psychischen Zustandsbild und dem Verlauf der Psychose die Diagnose zu stellen:

„So wenig ich in Abrede stellen kann," führt er aus, „daß heute die Lösung der hier angedeuteten Aufgabe nur innerhalb bescheidener Grenzen möglich ist, so sehr bin ich davon überzeugt, daß wir es einmal lernen werden, nicht nur die Eigenart der Infektionspsychose im Allgemeinen, sondern auch die besondere Form, wie sie sich im Laufe der verschiedenen Infektionen entwickelt, nach ihrer psychischen Erscheinungsform zu kennzeichnen."

Er hält es für unmöglich, daß bei der Verschiedenheit der toxischen Einwirkungen bei den einzelnen Infektionskrankheiten auf die Hirnrinde die dadurch hervorgerufenen Krankheitsbilder sich völlig gleichen. Von einer verfeinerten Diagnostik und durch Häufung vollständiger und sorgfältiger Beobachtungen erwartet Kraepelin eine Klärung der Frage.

In prognostischer Beziehung stehen die Fälle mit einleitender Psychose wenig günstig da; etwa 75 % aller Fälle verlaufen in längererer oder kürzerer Zeit unter ständiger Zunahme aller Erscheinungen, nur selten von kurzen Remissionen unterbrochen, letal. Meist tritt vor Ablauf von 21 Tagen der Exitus ein. Verwirrtheitszustände und Halluzinationen geben eine besonders schlechte Diagnose. Nach Ueberstehen bleibt in der Mehrzahl der Fälle eine gewisse geistige Schwäche zurück. Interesselosigkeit, Affektarmut und Apathie halten sich oft lange Zeit, wenn nicht das Bild in einen Zustand der postencephalitischen Demens über-

geht. Diese Folgezustände unterscheiden sich in keiner Weise von den Fällen, bei denen die psychischen Störungen erst im weiteren Verlauf der Krankheit auftraten. Nur langsam und nach meist langer Zeit können die Kranken mit der Aufnahme ihrer früheren Betätigung beginnen.

Die Encephalitis kann in einzelnen Fällen mit psychischen Symptomen verlaufen, die mehr an die Zustandsbilder der endogen bedingten Psychosen erinnern. Die neurologischen Symptome und der für die symptomatische Psychose so charakteristische Symptomenkomplex treten häufig erst spät in die Erscheinung. Man wird also bei allen akut entstandenen psychischen Krankheitsbildern der mittleren Jahre, auch wenn zunächst nichts für eine Encephalitis zu sprechen scheint, doch an diese Diagnose denken müssen und sie auszuschließen suchen ehe man das Vorliegen von rein endogenen Zustandsbildern annimmt.

Es folgen die ausführlichen Krankengeschichten der oben kurz angedeuteten drei Fälle.

Fall A aus Rostock.

Ehefrau. In der Familie keine Geisteskrankheiten. Normal entwickelt. Als Kind keine Krämpfe, kein Bettnässen, begabte Schülerin, nie ernstlich krank, außer Laparatomie, 1912. Hat die höhere Töchterschule besucht, war dann als Schneiderin auf verschiedenen Gütern tätig bis zur Verheiratung 1920 mit 22 Jahren. Nach drei Jahren geschieden auf Verschulden des Mannes, (schwere Mißhandlung). Keine Kinder. Nach der Scheidung eine Weile als Hausdame tätig, dann bei Verwandten in Hamburg. Seit 8 Wochen beim Vater. Von Charakter sehr ruhig, etwas weich, ein klein wenig schüchtern; war gern in Gesellschaft, hat früher gern getanzt. Hat etwas musiziert, auch Musikunterricht gegeben, sonst keine besonderen Interessen gepflegt, wenig gelesen, war mehr für das Praktische, sehr wirtschaftlich, sehr kinderlieb. Seit der Ehe durch die unglücklichen Verhältnisse öfters Depressionszustände, aber nie endogene Stimmungsschwankungen. Das Leid durch die

Ehe bewahrte sie ganz für sich, war nicht exaltiert. Vor acht Wochen hat ihr ein Bekannter wegen ihrer Gemütsverstimmung und weil sie sich ziemlich matt fühlte, ein homöopathisches Mittel gegeben. Sie bekam eine Diät verordnet, die sie streng einhielt. Die ersten Erscheinungen einer Geistesstörung traten am Sonnabend vor 14 Tagen auf. Sie wurde unruhig, redete dauernd von ihrer Ehescheidungssache, sagte immer dasselbe, ließ sich nicht beeinflussen, war aber nicht verwirrt. (Kurze Zeit vorher war in ihrer Ehesache ein Gerichtstermin gewesen.) Am Montag war sie wieder völlig ruhig, hatte großen Appetit und war wie „umgewandelt", blieb aber im Bett. Bis gestern dann immer geordnet, nur etwas langsam, aber nicht depressiv. Gegen Ende dieser Zeit viel auf, daß sie manches auffallend leicht nahm; gestern alles noch mit großem Appetit gegessen. Gegen 21 Uhr setzte ein Erregungszustand ein, sie strebte mit großer Gewalt aus dem Bett, sprach davon, daß das Haus brenne und daß man sie retten möge. Sie erkannte dabei die Angehörigen, klammerte sich hilfesuchend an ihnen fest. Das ging die ganze Nacht durch und den heutigen Morgen. Sie sprach immerzu einförmig von dem Brand und daß die Angehörigen und die Sachen gerettet werden müßten. Mittags war Dr. Sch. bei ihr, nachher verlangte sie einen andern Arzt, weil Sch. sie nicht körperlich untersucht habe. Am Abend Ueberbringung hierher.

20. XI. 26. Körperliche Untersuchung wegen hochgradiger Erregung unmöglich. Stenogramm:

„Ich habe doch noch so viel zu sagen, Herr Dr., o nein, das lasse ich nicht gelten, nein, nein, ich muß doch noch so viel sagen, ich weiß doch alles, warum sagt man mir denn nicht, nein, nein, ich lasse es nicht gelten, nein, ich muß doch noch so viel sagen. Mir soll man nicht den Scheiterhaufen machen. (Angst). Wo sind denn meine Papiere? Nein, nein, meine Eltern müssen kommen, die müssen länger hier bleiben. Nein, ich lasse es nicht gelten, nein, ich wollte sagen, wo Polizei zu finden. Wo gelernt doch, doch, nein, wo sind meine Papiere? Nein, nein, o nein! Was ist hier? Wer muß dort weinen? Nein, meine Papiere

sind mitgenommen. Weiß ich nicht, wenn ich in Betten liege, hier nicht, nein, nein, nein, nochmals nein. Ich weiß, daß etwas gegen mich, Papiere sind doch nicht da. Was macht man hier mit mir? Wer mißbraucht mich, von wem? Nein, was macht man denn mit mir? Ich möchte gerne sagen, wer hat meine Papiere? Niemals will man etwas von mir hören. Ich muß erst wissen, nun, es geht etwas gegen mich."

In dieser Art redet die Kranke andauernd von großer Angst gequält, klammert sich ängstlich an (Erregung, Angst). Bei dem leisesten Geräusch schreckt sie zusammen, versteckt sich, wundert sich, wer wohl kommt. In dauernder Erregung, läuft sie ziellos umher; zieht sich an und wieder aus, legt sich ins Bett, läuft wieder umher mit ängstlichen Gesichtszügen, weint dazwischen, macht sich Vorwürfe, kommt stets auf dasselbe zurück. (Gedanken verwirrt, Hemmung.) Andrerseits Ideenflucht, greift hingeworfene Worte auf, besonders solche, die mit Feuer, Papier, Mord zusammenhängen. Ausgesprochen traurige Verstimmung.

21. XI. 26.

Die Kranke war in der ersten Nacht sehr unruhig und aufgeregt, soll in derselben Art vor sich hingeredet haben, wie es oben beschrieben ist. Am Tage desgleichen, große Angst. Ihre Eltern grüßt sie freundlich, klebt aber wieder an den Worten Feuer, Papiere. Erkundigt sich nach nichts, klammert sich ängstlich an, weint, irrt herum und gibt nur selten richtige Antworten. Der Vater erzählt noch, daß die Kranke in den letzten Tagen die Vorstellung gehabt habe, daß ein Gasthaus von ihrem geschiedenen Mann angezündet worden ist. (Vor einem Jahr.)

Wie alt sind Sie? 28 Jahre.
Wann geheiratet? 1920.
Haben Sie Kinder? Nein.

Schwenkt gleich ab und erzählt in sinnloser unzusammenhängender Weise.

Oft wiederholt sich die Vorstellung: „Wir sind ja im Wasser, es ist ja alles naß." Hydrische Halluzination.

24. XI. 26. In derselben Weise hochgradige motorische Unruhe. Ihre sprachlichen Aeußerungen sind unzusammenhängend und oft unverständlich verworren. Eine Unterhaltung ist nicht mehr möglich, die Kranke redet vorbei, scheint den Sinn ab und zu zu verstehen, ist aber nicht imstande, sinngemäß zu antworten. Halluzinationen sind nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen. Ihre Stimmungslage ist mehr traurig, aber sie äußert keinen Affekt, ist mehr ängstlich, ohne aber ihre Angst äußern zu können. Ohne Schlafmittel wirkt sie sehr störend, weckt ihre Mitkranken durch Schreien, Jammern und Weinen, nimmt keinerlei Rücksicht auf ihre Umgebung.

25. XI. 26. Körperliche Untersuchung.

Mittelgroße Frau in gutem Ernährungszustand und normalem Fettpolster, kein Exanthem, keine Drüsen, keine Degenerationszeichen.

Thorax breit, geräumig.

Lunge Grenzen gut verschieblich, sonorer Schall, Vesikuläratmen, keine Geräusche.

Herz Grenzen normal, Töne rein, regelmäßig.

Puls regelmäßig, voll, 80; R. R. 112 mm Hg.

Leib weich, vielleicht ein wenig druckempfindlich, im Bereich der etwa 15 cm schmerzlosen, gutverheilten, nicht gerötetenL.-Wunde

Extrem. o. B.

Mundh. o. B.

Neurologischer Befund.

Kopf o. B.

Augen Pupillen reagieren mäßig auf Licht und Convergenz, rund r = l.

Reflexe o. B. bis auf linken Pat.-Refl. stärker als der rechte. Keine pathologischen Refl.

Romberg, Babinski, Oppenheim negativ. Keine atak-tischen Erscheinungen.

Sensorium o. B.

27. XI. 26. Psychisch unverändert. Starke motorische Unruhe. Wahnvorstellungen, Punktion, keine Beschwerden. Seit heute Urinverhaltung. Katheter.

28. XI. 26. Unverändert. Urinverhaltung. Urinbefund: Frei. Starke Bewußtseinstrübung. Schlafsucht. Schmerzen im Abdomen. Am Nachmittag fällt starke Benommenheit auf. Die Kranke ist nicht mehr ansprechbar, reagiert auf keinerlei Reize. Kernigk neg. Pat. Refl. links stärker als rechts. Sonst kein path. Befund. Abends: Fieber bis 38, keine Schmerzen, tiefe Bewußtlosigkeit. Pupillenreaktionen sind fast aufgehoben. Dann und wann eigenartige Zuckungen im Gesicht, in den oberen Extremitäten. Fieber bis 39. Gynaek. wird vom Facharzt kein Befund erhoben. Puls sehr schlecht, unregelmäßig, fadenförmig. Stündlich abwechselnd Coffein und Kampfer, auch nachts.

29. XI. 26. Früh 6 Uhr Exitus.

Klinische Diagnose: erregte Depression, Todesursache (Enceph. leth.)

Fall B. aus Swinemünde. Ehefrau.

Aufnahme 15. V. 27. Entlassung 18. V. 27.

Pat. 35 Jahre alt, seit 15 Jahren verheiratet. Fünf gesunde Kinder. Vater seit 48. Lebensjahr geisteskrank, angebl. durch ausschweifenden Lebenswandel. Ehemann selbst hatte Go, aber keine Lues. Sein Blut sei mehrmals negativ gewesen. 5 gesunde Kinder, dreimal künstliche Frühgeburt, weil die Frau nach Meinung des Arztes zu einer Entbindung zu schwach gewesen sei. Frau war früher in jeder Beziehung unauffällig; das Einzige war, sie ging nicht gern in Gesellschaft.

Grundstimmung heiter. Keine endogenen Stimmungsschwankungen. Körperlich bis auf die letzte Zeit immer gesund, nicht die Stärkste, aber doch ziemlich robust. Vorboten der Geistesstörung: schon einige Wochen vorher Mattigkeit, Kopfschmerz, angebl. infolge körperlicher Ueberanstrengung. Der Arzt stellte seinerzeit einen schwachen Puls fest und hielt angeblich die große Körperschwäche für die Ursache

ihres Nervenzusammenbruches. Nach Angabe des Ehemannes war sie immer froh und guter Dinge, doch sagt sie jetzt kein Wort. Sie handelt gedankenlos; so schnitt sie z. B. aus einer Tischdecke mit einer kleinen Schere eine gestickte Blume heraus und wiederholte dies heute. Sie neigt bei der geringsten Kleinigkeit und auch ganz ohne jeglichen Grund zum Weinen, klagt über Schmerzen der Füße und über Kopfschmerzen.

Im Jahre 1923 hat sie eine lange und schwere Venenentzündung durchgemacht. Die Ehe ist stets glücklich gewesen. Unsinniges hat sie nie geredet.

Befund: Muskelkräftige, gut genährte Frau; frische Farben. Faziales und Zunge symmetrisch.

Pat. Refl. außerordentlich lebhaft; rechts gleich links. Auch alle anderen Reflexe sehr lebhaft rechts gleich links. Keine Pyramidenzeichen. In allen Gliedern bei passiven Bewegungen gelegentlich Spannungen. Offenbar keine Spasmen. Finger-, Nase-Versuch prompt.

Herz, Abdomen, Rachen o. B.

Psychisch: sie liegt bewegungslos, aber mit offenen Augen da, reagiert auf das Hereintreten des Arztes zunächst nicht. Auf Frage nennt sie ihren Namen, gibt aber sonst keine Auskünfte. Insbesondere erfährt man nichts über irgendwelche Beschwerden. Nur auf längere spezielle Fragen nach Kopfschmerzen sagt sie schließlich ja. Einmal ganz isoliert: die Glieder seien ihr so steif.

Bei der körperlichen Untersuchung benimmt sie sich sehr steif. Man hat Mühe, die Arme, Beine usw. in die richtige Lage zu bringen, muß sie beim Aufsetzen stark unterstützen. Aktiven Widerstand leistet sie indessen nicht. Auf die Pupillenprüfung stellt sie sich schlecht ein, zwinkert viel mit den Augen. Die Aufforderung, mit der Fingerspitze zur Nase zu fahren, die Zunge zu zeigen, befolgt sie nach einigem Zögern. Zwischen-

durch mehrmals eigenartige Anfälle von Grimassieren, verzieht das Gesicht krampfhaft, so wie man es beim hemmungslosen „Herausheulen" findet, ganz breiter Mund, der dann stehenbleibt, etwa wie kleine Kinder weinen. Dabei auch einzelne Tränen und mit den Händen adaequate Bewegungen. (Legt die Hände vor das Gesicht). Das dauert ein paar Sekunden, dann wieder starres Gesicht. Gibt keinerlei Auskunft zu diesem Phaenomen. Es scheint jedoch, daß, wenn man sie danach fragt, man es erst recht provoziert.

16. u. 17. V. Liegt ganz regungslos und mutistisch da. Keinerlei Antwort ist zu erhalten. Bei Aufforderung, die Hand zu reichen, schaut sie einen an, macht auch einen ganz kleinen Versuch, den Arm zu bewegen, mehr nicht. Untersuchung läßt sie heute passiv über sich ergehen, ohne Widerstand, aber auch ohne mitzuhelfen. Gegenüber dem Fußsohlenreflex zeigt sie eine gewisse Empfindlichkeit, zieht lebhaft das Bein an, weint. Die Frage nach Kopfschmerzen wird bejaht. Dies war die einzige sprachliche Aeußerung.

Wie am ersten Tage wiederholen sich in Abständen von Minuten mit großer Regelmäßigkeit die Attacken vom Losheulen. In der Art des plötzlichen übergangslosen Einsetzens erinnert dies Heulen sehr an das Zwangsweinen der multiplen Sklerosen und Bulbärparalysen. Es scheint, als ob dies Zwangsheulen manchmal durch die Manipulationen, die man bei der körperlichen Untersuchung mit der Patientin vornimmt, ausgelöst werden.

Läßt dauernd unter sich. Nahrungsaufnahme mäßig, nur durch Füttern. Letzte Nacht mit 0,5 Medinal geschlafen.

Wenn man der Pat. beide Arme hochhebt, sinkt der rechte Arm sehr schnell herunter, der linke bleibt meist eine Weile stehen. Dabei besteht aber rechts keine Parase, denn wenn man sie auffordert, die Hand zu geben, versucht sie das stets mit der Rechten. Uebrigens befolgt sie die Aufforderung, einmal den rechten, dann den linken Arm zu heben, bezüglich der Seiten richtig.

Dabei ist der Spannungszustand der Muskulatur rechts und links gleich. Er ist wohl etwas erhöht, doch sind weder typische Spasmen noch typischer Rigor nachzuweisen. Dagegen besteht eine Neigung zu einer Spitzfußkontraktur auf beiden Seiten, wenigstens macht es große Schwierigkeiten die Füße dorsal zu flektieren. Ach. Refl. dabei nicht sonderlich gesteigert, kein Fußklonus.

Pat. Sehnenrefl. äußerst lebhaft, kein Klonus.

Babinski und Oppenheim neg. Gelegentlich scheint beiderseits eine geringe, leichte, isolierte Dorsalflektion stattzufinden, doch ist das nicht einwandfrei zu konstatieren. Bauchdeckenrefl. fehlen. Armreflexe normal.

Auffallend pathol. Masseterenrefl. Chvostek leicht positiv.

Pupillen reagieren prompt auf Licht, rund. Fundus normal, kein Nystagmus.

Herz, Lunge, Abdomen o. B., Puls 90, normal.

Beim Essen findet kein Verschlucken statt.

Temp. normal. Kernik neg. Lasuegue neg.

18. V. Psychisch eine kleine Spur freier. Einzelne Antworten, die aber sehr langsam erst nach mehrfachen Fragen kommen. Es zeigt sich, daß sie desorientiert ist. Bejaht, daß sie starke Kopfschmerzen habe. Einige vorgehaltene Gegenstände werden richtig erkannt und bezeichnet.

Läßt dauernd alles unter sich.

Temp. gestern abend rectal 37,8; heute morgen 37.

Heute starke Spitzfußkontraktur, beiderseits Fußklonus, beiderseits Babinski und Oppenheim: Ø

Pupillenreaktion vielleicht nicht ganz prompt. Soviel sich beurteilen läßt, keine Augenmuskelstörung.

20. V. Heute auf einmal freier, weiß, wo sie ist, hat verschiedene Personen richtig beim Namen genannt. Heute deutlich Steifigkeit auch in den Armen, die aber sehr wechselt. Gelegentlich sind die Gelenke wieder ganz frei beweglich. Es besteht immer noch

das eigentümliche Phaenomen, daß der linke Arm passiv in die Höhe gehoben, kataleptisch stehen bleibt, der rechte dagegen herabfällt. Dabei aber werden Aufforderungen wie Handgeben, an die Nase langen, zuerst immer rechts ausgeführt. Mit Einschränkung: all dies führt heute nicht mehr zum Ziele, sondern es finden nur mühsame Versuche statt, die Bewegungen bleiben vor dem Ziel stehen, und zwar in einer Weise, wie man es bei Parkinsonkranken beobachtet. Befund an den Beinen gleich, Kopfnerven unverändert.

21. V. Körperlicher Befund unverändert. Psychisch deutlich wieder ein Stück freier, örtlich jetzt voll orientiert, zeitlich noch unsicher. Die Personen der Umgebung kennt sie alle, wenig Kopfschmerzen, aber starkes Krankheitsgefühl. Das zwanghafte Weinen tritt jetzt viel seltener auf, es tritt jetzt nur noch selten von selbst auf, sondern wird meist durch adaequate Anlässe abnorm leicht ausgelöst, etwa im Anschluß daran, daß man sie fragt, wie es ihr geht, ob ihr Mann bald kommt usw. Es handelt sich jetzt im wesentlichen um eine Incontinenz eines Ausdrucksphaenomens, dabei empfindet sie selbst das Zwanghafte sehr deutlich, sagt mit deutlichen Worten, daß sie nichts dazu können, daß diese Grimassen auftreten.

25. V. Seit drei Tagen hat sich das Befinden in jeder Beziehung wieder verschlechtert. Sie gibt keinerlei Antwort, haucht höchstens, daß sie Kopfschmerzen habe, liegt ganz bewegungslos. Sämtliche Glieder sind merkwürdig steif. Der linke Arm bleibt in die Höhe gehoben, immer noch kataleptisch stehen. Refl. wie früher. Pupillen reagieren, Salbengesicht.

2. VI. Exitus unter den Zeichen der Bromchopneumonie und Herzinsuffizienz. War seit Tagen moribund. Neue neurologische Zeichen wurden nicht beobachtet.

Fall H.

Vorgeschichte nach Angabe der Tochter.

H. stammt aus gesunder Familie, Geisteskrankheiten sind in der Familie nicht vorgekommen. Hat

zwei gesunde Kinder. Zwei sind kurz nach der Geburt gestorben. Als Kind ist H. stets gesund gewesen, hat gut gelernt, hat es vom Eisenbahnarbeiter zum Assistenten gebracht. 1907 Lungenentzündung durchgemacht. 1925 ebenfalls, mit Pleuritis. Psychisch war er nie auffällig; stärkere Stimmungsschwankungen kamen nicht vor. War stets fleißig, zielbewußt, lebhaft, gesellig, mit freundlichen Umgangsformen.

Mitte Januar 1927 erkrankte er an einer Erkältung, er blieb außer Dienst, hatte Husten, klagte über Schlappheitsgefühl. Ob Fieber bestanden hat, ist ungewiß. Mitte Februar nahm er seinen Dienst wieder auf. Seinerzeit erhielt er ein Strafmandat über Mk. 13.— als Nachlässigkeitsstrafe dafür, daß er einen dienstfreien Beamten zum Weichenstellen schickte, der dies nicht richtig machte. Dadurch entgleiste ein Wagen und ein Arbeiter verstauchte sich den Fuß. Kurz darauf erkrankte er erneut mit hohem Fieber, (über 40), Schlaflosigkeit und Erregungszuständen. Er wühlte im Bett, riß Bilder von der Wand, redete wirres Zeug, war zeitweise gänzlich desorientiert; verwechselte Personen, erkannte Angehörige nicht. Anfang März bekam er Wahn- und Versündigungsideen, außerdem starke acustische Halluzinationen. Er hörte Stimmen, glaubte, er und einige Kollegen hätten etwas verbrochen und müßten dafür büßen. Dann meinte er, es sei ein Radio angelegt, ihn auszuhorchen. Er sprach immer davon, in seinem Beruf etwas verraten zu haben. In der letzten Woche wurde er zunehmend depressiv, äußerte, er wolle sich das Leben nehmen und ging einmal mit einem Strick von Hause weg. Einen ernstlichen Selbstmordversuch hat er bisher nicht gemacht. Er erklärte, auch seine Frau mit in den Tod nehmen zu wollen. Anfang April nahmen die Erregungszustände ab, er schimpfte jedoch in unsinnigster Weise auf Gott und die Welt. Die depressive Verstimmung trat ganz in den Vordergrund. Er wurde vollkommen apathisch, interesseloser als früher, machte einen gänzlich abwesenden Eindruck, starrte vor sich hin, machte auf Angehörige den Eindruck, als lausche er auf Stimmen. Er wurde deshalb am 12. 4. der Klinik zugewiesen und kam daselbst auf die geschlossene Abteilung.

Alkohol, Nikotin abusus werden bestritten. Keine Geschlechtskrankheiten.

Befund. Mittelgroßer Mann im Alter von 53 Jahren, in genügendem Kräfte- und Ernährungszustand. Haut und Schleimhaut gut durchblutet. Mäßiger Gewebsturgor, keine Oedeme, Exanthem, Lymphknoten o. B.

Rachenorgane, Rachen, Brustkorb o. B. Herzgrenzen regelrecht. Zweiter Aortenton stark klappend. Sonst Töne o. B. Aktion regelmäßig, leicht beschleunigt (100 - 110). Blutdruck 150/100. Leib weich, nicht druckempfindlich. Leber, Milz nicht nachweisbar vergrößert. Urin kein Eiweiß und Zucker. Liquor o. B. Wassermann Ø.

Neurologischer Befund.

Schädel und Wirbelsäule nirgends druck- oder klopfempfindlich. Kein Stauchungsschmerz. Nervenaustrittsstellen frei. Kernigk, Lasuege negativ. Augenbewegungen frei, bei seitlicher Einstellung zeitweise einzelne grobschlägige rucknystagmusartige Bewegungen. Beide Lidspalten gleich weit, lebhaftes Lidflattern. Tritt zeitweise als eine Art Blinzelanfall auf. Bei Aufforderung zu willkürlicher Inervation der mimischen Muskulatur leichte Amimie und gewisse amimische Apraxie vorhanden. Sonstige apraktische Störungen fehlen. Andeutung von Masken- und Salbengesicht. Pupillen gleich weit, vielleicht eine Spur verzogen. Reaktion auf Licht prompt, aber nicht ausgiebig; leichte Pupillenunruhe. Convergenzreaktion o. B. Zittern der Zunge beim Vorstrecken, dabei Ungeschicklichkeit und eine gewisse Apraxie. Er streckt erst die Zunge nur eben mit der Spitze zwischen den Lippen hervor und behauptet, weiter ginge es nicht. Später gelingt es ihm nach einigen Versuchen, die Zunge noch einmal so weit vorzustrecken. Dabei kein Abweichen zur Seite.

Sämtliche übrigen Gehirnnerven sind intakt. Keine aphasischen Störungen. Sprache ist etwas leise, monoton und modulationslos, gelegentlich leicht stockend, besonders bei schwierigem Text. Kein Silbenstolpern, keine dysarthrischen Störungen.

Reflexe alle sehr lebhaft. Patelar- und Achillesreflex beiderseits gesteigert. Gowers beiderseits positiv. Sonstige Pyramidenzeichen fehlen. Muskeltonus nicht einwandfrei prüfbar, da der Pat. negativistischerweise dauernd stark aktiv spannt, doch bestehen keine echten Spasmen, keine echten Kloni. Im rechten Arm geringer, aber deutlicher Rigor. Links nicht einwandfrei, leichter, feinschlägiger Tremor, linke Hand und Finger; rechts nur leicht angedeutet, zeitweise ganz fehlend. Kein Intentionstremor. Bei Fingernasenversuch verstärkt sich jedoch der vorhandene Tremor und tritt auch rechts deutlich hervor. Er macht nicht den Eindruck eines Intentionstremors. Knie-Hackenversuch o. B. Romberg negativ.

Keine eindeutige Adiadochokinese, doch scheinen immerhin die Bewegungen allgemein verlangsamt und bei schnellen Folgebewegungen etwas ungeschickt. Beim Gehen sind die Pendelbewegungen des linken Armes etwas herabgesetzt. Es besteht allgemeine Bewegungsarmut. Sensibilität für alle Qualitäten o. B.

Psychischer Befund.

Der Kranke ist zurückhaltend und verschlossen, er antwortet nur notgedrungen; er erscheint zur Zeit der Aufnahme zeitlich, örtlich und persönlich orientiert, vollkommen geordnet, besonnen nnd ruhig. Er äußert keinerlei Beschwerden. Seine Anamnese gibt er im Wesentlichen in Uebereinstimmung mit seiner Tochter an. Er ist dabei ein wenig schwer besinnlich, kann schlecht folgen und sich nur mangelhaft konzentrieren. Man muß oft mehrmals fragen, um eine Antwort zu erhalten. Man gewinnt im ganzen den Eindruck, als sei ihm die Ausfragerei höchst lästig und er sei froh, wenn das nur bald wieder aufhöre. Seine Stimmung ist dabei ungeduldig und unwirsch. Ueber seine wahnhaften Erlebnisse macht er folgende Aussage: Er werde wegen der Sache noch immer verfolgt und belästigt. Er selbst halte sich zwar für vollkommen unschuldig, aber er solle trotzdem noch bestraft werden. Er sei dadurch nervös, schlaflos und deprimiert. Er höre auch Stimmen, die ihm wieder Vorwürfe machten, Anschuldigungen erhöben,

er müsse bestraft werden und dergl. Sonstige Sinnestäuschungen und Selbstmordabsichten werden verneint.

Die Merkfähigkeit ist etwas herabgesetzt, das Rechnen erfolgt ziemlich langsam mit dem Gefühl der Unsicherheit, wenn auch mit meist richtigem Ergebnis. Die erworbenen Schulkenntnisse sind im wesentlichen erhalten, auch die höheren intellektuellen Fähigkeiten, wie Kombinationsvermögen, begriffliches Denken usw. zeigen keine gröberen Defekte. Urteilsschwäche besteht nicht.

Verlauf:

Während des Aufenthaltes in der Klinik entwickelte sich bei dem Kranken ein äußerst einförmiges Zustandsbild. Er liegt gänzlich apathisch und teilnahmslos im Bett und zeigt keinerlei Neigung zu irgend einer Beschäftigung. Er liest nicht, schreibt keine Briefe und zeigt weder für seine Umgebung noch für seine Verwandten irgend ein Interesse.

Von seinen Rostocker Verwandten bekommt er häufiger Besuch, er zeigt aber auch dabei wenig Affekt und ist hinterher genau so gleichgültig wie sonst. Er äußert nie irgend eine Anteilnahme an den Angelegenheiten seiner Verwandten, es ist ihm alles egal. Er hat keinerlei Wünsche, macht stets ein mürrisches, verdrießliches Gesicht und zeigt ein abweisendes, verschlossenes Wesen bis Mutismus und Negativismus. Irgendwelche Sinnestäuschungen und Wahnideen werden spontan nicht geäußert. Es ist aber auch kaum möglich, mit ihm in einen näheren seelischen Kontakt zu kommen und irgend etwas Näheres über sein Seelenleben zu erfahren. Wenn man ihn fragt, wie er sich seine nähere Zukunft denkt, ob er wieder nach Hause wolle oder dergleichen, sagt er immer wieder nur in einförmiger Weise: „Müssen Herr Doktor ja wissen, ist mir alles einerlei und egal, wie Herr Doktor das anordnen." Auf Befragen gibt er manchmal an, er habe kalte Füße. Der Appetit ist leidlich, nur zeitweise schlecht, er gibt dann Druck- und Völlegefühl in der Magengegend an. Objektiv ist jedoch nichts nachweisbar, keine Druckempfindlichkeit, keine fühlbaren Resistenzen.

Im neurologischen Befund ist während des ganzen bisherigen Aufenthalts keine wesentliche Aenderung eingetreten; es steht nach wie vor im Vordergrund eine allgemeine, starke Akinese. Ein Rigor ist in deutlich ausgeprägter Weise nicht feststellbar, immerhin besteht in den Armen ein etwas erhöhter Muskeltonus und ein leichter Tremor der Finger. Keine Ataxie, Romberg negativ. Kein Vorbeizeigen. Beim Gang mit geschlossenen Augen kein Abweichen zur Seite, keine Unsicherheit. Die Sensibilität ist intakt. Die Reflexe sind recht lebhaft, sonst o. B. Die Pupillen reagieren etwas träge und nicht sehr ausgiebig auf Licht. Augenmuskelbewegungen frei, zeitweise grober, aber leicht erschöpfbarer Rucknystagmus, bei Fixation und in den seitlichen Endstellungen. In Uebereinstimmung mit der allgemeinen Bewegungsarmut ist auch die Mimik vollkommen starr, bei maskenartigem Gesicht. Auffallend sind häufige schnelle Blinzelbewegungen, die in kurzem Intervall und besonders beim Sprechen auftreten. Lunge, Herz, o. B. Pulsfrequenz ist nach Medikation größerer Dosen Skopolamin zur Norm herabgesetzt. Sonst kein Einfluß des Skopolamins auf das Krankheitsbild.

Am 23. IV. schlägt der Kranke plötzlich ganz um und schlägt ohne Affekt und ohne einen erheblichen Grund auf der Toilette eine Fensterscheibe ein mit der Faust. Er zieht sich dabei leichte Hautabschürfungen am Handgelenk und eine leichte Fleischverletzung am Daumen zu. Hinterher ist er genau so stumpf, teilnahmslos und apathisch wie vorher. Erst nach langem, eindringlichem Befragen gibt er notdürftig dahin eine Erklärung ab, daß er aus einem ihm selbst unverständlichen Zwang heraus gehandelt habe. Welcher Art dieser Zwangimpuls war, ist nicht herauszubekommen. Er verneint, aus ängstlicher Erregung heraus gehandelt zu haben; er äußert sich zunächst nicht darüber, ob er Selbstmordabsichten (Pulsader) gehabt habe. Er sagt nur in stereotyper Weise, in seiner monotonen, gleichgültigen, affektlosen Art: „Das muß Herr Doktor ja wissen," oder: „Dann muß ich die Antwort schuldig bleiben." Den Angehörigen gegenüber, die ihm am nächsten Tage

besuchten, erzählte er: er habe die Stimme des Doktors gehört, der ihm den Befehl gegeben habe, so zu handeln. Später gibt er zu, diese Stimme schon öfters gehört zu haben, die ihm allerlei Unsinn vorgesprochen habe.

Nach diesem Vorfall verhält sich der Kranke wieder längere Zeit ganz unverändert, als ob nichts passiert wäre, kommt auch nie wieder von sich aus darauf zurück. In der Nacht vom 7. zum 8. Mai erfolgt ganz plötzlich und unerwartet ein Selbstmordversuch. Die Nachtwache bemerkte in seinem Zimmer ein Geräusch und fand beim Hinzukommen ihn schon mit einer Gardinenschnur um den Hals am Fenster hängen. Er wurde sofort abgeschnitten und kam darauf gleich wieder zu sich. Auch diesen Vorfall begründete er wieder damit, daß er Stimmen gehört habe, auch der Doktor habe zu ihm gesprochen und es sei ihm durch diese Stimme gesagt worden, er müsse das tun. Er verrät auch diesmal keinerlei Affekt, macht auch keinen besonders traurigen Eindruck, er meint nur: „Ja, man kommt hier ja doch nicht heraus, man hat so kalte Füße und das Essen schmeckt nicht." In den letzten drei Wochen erfolgte eine Aenderung. Der Kranke hat sich entschlossen, täglich etwas aufzustehen und auch mit den Angehörigen etwas spazieren zu gehen. Vor einiger Zeit teilten auch die Angehörigen mit, daß er ihnen gegenüber den Wunsch geäußert habe, bald nach Hause entlassen zu werden und daß er (ihnen gegenüber) sich lebhafterer und besserer Stimmung gezeigt habe.

Auf der Abteilung verhält er sich immer unverändert. Dem Arzt gegenüber drängt er nicht heraus, bestreitet auch eine Besserung seines Befindens. Der Frage seiner Entlassung steht er ganz gleichgültig gegenüber, es sei alles so wie immer, ihm sei es egal. Man könne ihn ruhig nach Hause entlassen, er gehe schon ruhig wieder zurück nach Sponholz. Besonderes läge ihm nicht daran. Die Unterhaltung über diese, ihn doch am nächsten angehenden Sachen erregten ihn in keiner Weise. Bezüglich der Selbstmordgefahr, falls zu Hause, äußerte er: „Ja, da kann ich auch nichts bei machen, das muß alles sowieso kommen, wie es vorgeschrieben ist. Das muß Herr Doktor ja auch

wissen, das kommt ja doch mal früher oder später." Es zeigt sich dann, daß er sich immer noch mit Selbstmordideen abgibt, daß (er immer) noch darüber nachdenkt. Er gibt zu, (immer) noch Stimmen zu hören, besonders die Stimme des Arztes. Das Sinnlose dieser Stimmen sieht er nicht ein, er läßt sich auf keine Diskussion darüber ein, sondern bleibt dabei, daß ein Doktor ihn in seiner Abwesenheit durch eine unsichtbare Stimme derartig sinnlose und widersprechende Reden zuflüstere. Das sei doch nun mal so, und er wisse da auch nicht weiter, der Doktor müsse das ja am besten wissen, dazu sei er ja schließlich hier in seiner Behandlung.

Einmal gibt er als Grund seiner Selbstmordabsichten an, er sei dazu da, um die Menschen zu erlösen, das würden sie ja sehen, wenn er tot wäre, dann würden die Menschen erlöst sein. Weshalb grade sein Tod und wovon er die Menschen erlösen solle, darüber schweigt er sich vollkommen aus. Bezüglich seiner Angehörigen bleibt er ganz teilnahmslos; was aus denen würde und wie sie das auffaßten, sei ihm ganz gleichgültig. Seinetwegen könnten sie ja mit ihm kommen (sterben). Er läßt keine innere Anteilnahme oder Gefühlsregung auch nur vermuten. Kurz darauf gibt er an, er wolle nach Hause, ja, es stimme, daß er sterben müsse, um die Menschen zu erlösen. Weiter behauptet er, er könne seinen Dienst wieder versehen und würde es tun, wenn er wieder eingestellt und nicht entlassen würde. Er würde wieder wie früher arbeiten, das könne er, er sei garnicht so krank. Er bringt aber auch das so gleichgültig und affektlos vor, daß man den Eindruck hat, er lasse sich im Gespräch passiv führen und sage zu allem Ja und Amen. Er zeigt sich völlig einsichtslos dafür, daß man einem Mann mit derartigen Gedanken und in einem solchen Zustand doch nicht einen so verantwortungsvollen Dienst bei der Eisenbahn anvertrauen könne. Es scheint ihm im Grunde alles ganz egal zu sein. Seine apathische Teilnahmslosigkeit und Desinteressiertheit geht so weit, daß er sich um die Zeiteinteilung nie kümmert, er kann das jeweilige Datum nie angeben und ist auch sonst partiell desorientiert.

Folgendes Bild gibt die letzte Exploration vom 13. Juli 1927:

Wo sind Sie hier?	In der Klinik.
Was für eine Klinik?	Weiß ich nicht.
Wer hat Sie hergebracht?	Das weiß ich nicht.
Sind Sie gesund?	Ja.
Warum haben Sie denn keinen Dienst gemacht?	Ja, da muß ich doch erst hier entlassen werden.
Haben Sie Strafe bezahlt?	Nein, die habe ich wohl nicht bezahlt.
An wen haben Sie die zu zahlen? An die Polizei?	Nein, an die kann sie nicht zu zahlen sein, mit dem Gericht habe ich nichts zu tun gehabt.
Ist durch Ihr Verschulden jemand verletzt worden?	Das weiß ich nicht; ja, da soll einer runter gesprungen sein.
Wollen Sie sterben?	Ja, natürlich.
Warum?	Ja,ich will entlassen werden
Warum sind Sie so schwer zum Reden zu bringen?	Na, ich spreche doch jetzt, wenn mich jemand fragt.
In welcher Stadt sind Sie jetzt?	Das weiß ich nicht.
In welcher Anstalt?	Die liegt hier, wo wir drin sind.
In welchem Land ist sie gelegen?	In Mecklenburg-Strelitz.
Welches ist die nächste größere Stadt?	Ja, das weiß ich nun auch nicht, wo kann ich das alles soher wissen?
Ist es Rostock?	Ja, da muß es wohl liegen.
Warum haben Sie es nicht gleich gesagt?	Ja, ich muß doch erst gefragt werden.
Warum sind Sie bestraft?	Ich habe keine Schuld.

Haben Sie Einspruch erhoben?	Nein, was soll ich dagegen Einspruch erheben, das habe ich eben angenommen.
Wann war das?	Das weiß ich nicht; mag vier Monate her sein.
Den wievielten haben wir heute?	Weiß ich nicht.
Welches Jahr?	Immer noch 27, das weiß ich.
Welchen Monat?	Juli.
Haben Sie schon Kaffee getrunken?	Ja.
Wann ist die Kaffeezeit?	Das kann ich nicht sagen.
Warum haben Sie den Selstmordversuch unternommen?	Weil ich tot sein will.
Wollen Sie die Menschen erlösen?	Nun, ich habe es gesagt, dann muß es so sein. Na ja, dann ist es eben dummes Zeug.
Wie fühlen Sie sich jetzt?	Es geht gut, jetzt bin ich ganz vergnügt. Das kann ja auch alles Phantasie gewesen sein. Das kommt mich so an, da kann ich nichts dran ändern.

Er zeigt für diese Phantasie keine Krankheitseinsicht, er wundert sich nicht darüber, es ist ihm alles ganz egal. Als man ihm sagt, es sei doch eigentlich traurig, wenn er sich das Leben nähme, lacht er läppisch und leer und sagt dann: „Ja, schade um das Tierchen, es fraß so schön und muß doch krepieren." Nach dem Sinn dieser etwas wunderlichen Aeßerung befragt, meinte er: „Ja, das sagt man so, das ist solch ein Spruch."

In diesem Zustand wurde Pat. auf Drängen der Angehörigen gegen ärztlichen Rat nach Hause entlassen.

Herrn Prof. Rosenfeld für das freundlichst gestellte Thema sowie für die liebenswürdige Anleitung und Unterstützung bei Bearbeitung des Materials und bei der Abfassung der Arbeit zu danken ist mir eine ehrenvolle Pflicht.

Literaturangabe

Bonhoeffer: Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Zentralbl. f. Neur. Jg. 09, S. 381.

Bonhoeffer: Die Infektions- und Autoinfektionspsychosen. Monatsschrift f. Psych. Jg. 1913, Bd. 34.

Bonhoeffer: Zur Frage der exogenen Psychosen. Zentralblatt Jg. 09, Bd. 20.

Bonhoeffer: Welche Lehren kann die Psychiatrie aus dem Studium der Enc. leth. ziehen? D. med. Wochenschr. Jg. 49, S. 1385.

Deutsch, Felix: Psychisches Fieber. Centralbl. f. ges. Psych. Dez. 1926.

Dimitz und Schilder: Psychische Störungen bei Enc. leth. Zeitschrift f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 68.

Eckel, Joh.: Enceph. leth. acutissima. Jahrb. f. Psych. u. Neur. Bd. 45, H. 1.

Ewaldt: Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomat. Psychosen. Monatsschr. f. Psych. Bd. 64, H. 3/4.

Economo: Die Encephalitis leth. Jahrb. f. Psych. Bd. 38, S. 253. Wiener klin. Wochenschr., Jg. 30, S. 159. Neurol. Centralbl. 1917, H. 21.

Gockel, Ewaldt: Psychosen bei Encephalitis. Dissert. Köln 1922.

Higier, Heinr.: Differentialdiagnose der Enceph. leth. D. med. Wochenschr. Jg. 22, S. 1276.

Higier, Heinr.: Beitrag zur Kenntnts der selteneren Symptome und Verlaufsarten der Enceph. leth. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhlk. Bd. 75, S. 25.

Hoff (Wien): Statistik der an der Klinik beobachteten Fälle von Enceph. leth. Jahrb. f. Psych., Bd. 38, S. 253.

Herrmann, Georg: Zwangsmäßiges Denken und andere Zwangserscheinungen bei Enceph. leth. Monatsschr. f. Psych. Bd. 52, S. 324/30.

Kaiser, Peteresen: Geschichtl. Betrachtungen zur Encephalitis. Münch. med. Wochenschr., Bd. 68, S. 1137, Bd. 69, S. 1609.

Kleist: Die Influenzapsychose und die Anlage zur Infektionspsychose, Berlin 1920.

Khasanin, Petersen: Psychosen als Frühsymptom der Enceph. leth. Journal of nerv a. ment. disseases, Bd. 64, S. 352.

Lange: Enceph. leth. und dementia praecox Ztschr. f. ges. Neur. und Psych., Bd. 84, S. 266.

Lundholm: Konstitutionelle Faktoren bei Psychosen. Journal of nerv, a. ment. disseases, Bd. 64, S. 2.

Meyer, E.: Die psych. Störungen bei Enceph. leth. Münch. med. Wochenschr., Jg. 70, S. 795.

Meier, A.: Encephalitis mit besonderem Verlauf. Deutsch. med. Wochenschr. 1922, S. 1276.

Mayer: Encephalitis in der Selbstbeobachtung. Zeitschr. f. d. ges. Neur., Bd. 73, S. 455.

Moewes, C.: Encephalitis mit Erscheinungen eines Coma diabeticum. Deutsche med. Wochenschr., Jg. 50, H. 32.

Neel, Axel: On atypical and masked forms of enceph. leth. on a basis of 125 cases. Journ. of nerv. a. ment. dis., Bd. 63, H. 4.

Opel, Eduard: Encephalitis leth. Erlangen 1921. Dissertation.

Peust: Konstitution und Veranlagung bei Enc. leth. Vortr. 38 Vers. mitteldeutscher Psychiater Dresden 7. 11. 26.

Rabiner: 2 bemerkenswerte Fälle choreiformer Enceph. leth. mit vorausgehendem Gehirntrauma und eigenartigen psychischen Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 89, S. 15.

Riese: Psychische Störungen nach Grippe. Centralbl. f. Psych. 1918, S. 706.

Rosenfeld: Encephalitis und dementia praecox. Deutsche med. Wochenschr., Jahrg. 1919, S. 1445.

Rosenfeld: Atypische Psychosen. Archiv für Psych. und Neur., Bd. 65.

Römer: Eine eigenartige monosymptomatische Form der Enceph. leth. Deutsche Zeitschr. f. Neur., Bd. 86, S. 274.

Runge: Encephalitis leth. Münch. med. Wochenschr. 1919, S. 32.

Scharncke: Ueber Variation der Symptomatogie der Enceph. leth. Zeitschr. f. Neur. Bd. 95, S. 118.

Stertz: Encephalitis und Lokalisation psychischer Störungen Archiv f. Psych., Bd. 74, S. 288.

Sarboe, Arthur: Ueber Encephal. leth. auf Grund der Epidemie 1920. Zeitschr. f. Neur., Bd. 74, S. 285.

Seelert: Die Verbindung endogener und exogener Faktoren bei der Symptomenbildung und Pathogenese der Psychosen. Zeitschr. Psych. und Neur. 1913.

Traut: Zur Differentialdiagnose zwischen Enceph. leth. und Hysterie. Dissertation, Göttingen 1925.

Wenderowic: Zur Symptomatologie u. Diagnostik der Enceph. leth. Archiv f. Psych., Bd. 70, S. 427.

Thompson, Lloyd: Prèsentation of cases of organic psychosis. Arch. of Neur. a. Psych. Bd. 56, S. 398.

Runge: Lehrbuch der Psychiatrie.

Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.

Lebenslauf.

Als Sohn des Nervenarztes Dr. A. Lienau zu Hamburg geboren (1. 8 03) machte ich im Herbst des Jahres 1921 nach neunjährigem Besuch des Wilhelm-Gymnasiums zu Hamburg das Abiturientenexamen. Sodann entschied ich mich für das Studium der Medizin, welches ich im W. S. 21/22 in Kiel begann. Im S. S. 1923 siedelte ich nach Würzburg über, um mich auf das ärztliche Vorexamen vorzubereiten; dieses legte ich im S. S. 1924 in Rostock ab. Mit Ausnahme eines Semesters, welches ich in meiner Heimatstadt Hamburg verbrachte, verweilte ich bis zum Staatsexamen in Rostock. Im Sommer 27 bestand ich auch dieses.

Meine nunmehr folgende Ausbildung als Medizinalpraktikant genoß ich in Hamburg. Am Hafenkrankenhaus, am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten und zuletzt an der inneren Abteilung des Krankenhauses Eppendorf bekam ich eine vielseitige Ausbildung. Am 15. 8. 28 lief das praktische Jahr für mich ab, und ich erhielt unter diesem Datum die Approbation als Arzt.